

EL OBSERVATORIO EUROPEO EN SALUD

BARTOLOMÉ RIBAS OZONAS*

NEY LOBATO RODRIGUES**

1. PREÁMBULO

Son numerosas las instituciones sanitarias responsables de la salud en Europa. Entre ellas, además de la propia Comisión de la Unión Europea, su Parlamento y otras, consideramos el Observatorio Europeo, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud, las propias de cada país y Comunidades Autónomas, y otras relacionadas con ella.

El Observatorio Europeo está implicado directamente sobre los sistemas de salud y sus normativas, lo que permiten hoy día actualizar y cuantificar las informaciones y conocimientos en minutos y en su caso horas, y transmitir cualquier opinión, informe, suceso o accidente sanitario en todo el planeta. Los avances científicos permiten también la detección e identificación de los agentes causales en cortos

* Médico. Profesor Universitario. Instituto Carlos III. Madrid. Miembro Académico de Número de la Real Academia Nacional de Farmacia y del Grupo de Estudios y Investigación de las Ciencias Jurídicas y Biológicas, Facultad de Derecho de Bauru de la Institución Toledo de Ensino, ITE/ São Paulo. Brasil.

** Profesor Universitario. Facultad de Derecho de Bauru de la Institución Toledo de Ensino, ITE/Bauru. Titular en Bioquímica-UNESP/Botucatu. Miembro Académico Correspondiente de la Real Academia Nacional de Farmacia y del Grupo de Estudios y Investigación de las Ciencias Jurídicas y Biológicas de la Facultad de Derecho, ITE/ Bauru. Máster en Derecho Constitucional, ITE/Bauru. Investigador del Programa de Máster en Derecho-ITE/Bauru. Advogado.

periodos de tiempo. Los avances en bioquímica analítica, salud pública, virología y epidemiología facilitan y acortan este proceso.

Una aportación importante del Observatorio Europeo consiste en tratar de reducir gastos sanitarios, de los Sistemas Nacionales de Salud europeos, y también de otros países, mediante estudios, normativas y actuaciones, para la disminución de los índices de enfermedades crónicas (pulmonares, cardíacas, cardiovasculares, asma, alergias, cáncer, infertilidad, disfunciones hormonales), y las degenerativas (Alzheimer, Parkinson, artrosis, osteoporosis). Uno de los caminos, que se pretende se añadan a este fin, es a través del control de la toxicidad y persistencia de los compuestos tóxicos persistentes, y a través de la evaluación del riesgo para los humanos y el ecosistema, con el “Reglamento de Evaluación y Autorización de Sustancias Químicas”. Existe una legislación vigente, que debería aplicarse sobre medio ambiente, seguridad alimentaria, salud pública y trabajo, promoviéndose una educación sanitaria, docencia e investigación, es decir, mediante una promoción integral de la salud (Bando Casado, 2002).

2. SIGNIFICADO DEL OBSERVATORIO EUROPEO

2.1. FUNCIONES

El Observatorio Europeo es una Unidad de Salud dedicada a los Sistemas de Salud de la Unión Europea. Aunque entre sus objetivos no se contemple monitorizar el estado de salud de las poblaciones, podría incidir en un ámbito estadístico sobre ello. Apoya y promueve políticas sanitarias basadas en la evidencia, a través de un riguroso y comprensivo análisis, de los sistemas de atención sanitaria en Europa y otros países del planeta. En consecuencia, conoce los ámbitos de asistencia técnica, promoción, control y evaluación, de la salud. Observa y analiza el desarrollo, evolución y mejoras de la salud en beneficio de los ciudadanos europeos y del planeta en general. Estudia e informa sobre los Sistemas de Salud Pública por países, realiza perfiles sanitarios y estudios analíticos por países, y la difusión de la información entre los países de la Unión.

El Observatorio Europeo depende de siete áreas geográficas europeas y otras tantas instituciones también europeas, entre las que se hallan dos mundiales. Entre las dos últimas, el Banco Mundial y la Oficina Europea para la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Entre las siete europeas se cuentan los Gobiernos de Bélgica, España, Finlandia, Grecia, Noruega, la Región del Véneto, Suecia, el Banco Europeo de

Inversiones, la Escuela Londinense de Economía y Ciencia Política, la Escuela Londinense de Higiene y Medicina Tropical y el Instituto para la Sociedad Abierta.

El Observatorio Europeo para la salud es fuente de información sobre la salud en Europa, y al observar los sistemas de salud de los países europeos, y el estado de los sistemas de salud, elabora sus propios temas, cuya información transfiere a las diferentes regiones europeas mediante consejos y recomendaciones, revistas, monografías y libros.

En sus actividades, plantea retos sanitarios comunes en base a la evidencia, en temas sanitarios respecto de la salud. Debe ser independiente de las ideologías y disponer de amplios conocimientos, evitando las modas pasajeras. Es decir, debe participar y proporcionar conocimientos para establecer políticas sanitarias basadas en la evidencia. Influye en la coordinación de las políticas sanitarias, de los que las planifican y deciden, en los investigadores y en la industria farmacéutica. Las normativas son importantes como medio de regulación, aunque muchos proveedores y usuarios de investigación social están descontentos, los primeros porque no se les escucha y los últimos porque no oyen suficientemente ni con la necesaria atención lo que les gustaría escuchar.

Los objetivos principales propuestos son: a). cubrir el espacio entre la evidencia científica y las necesidades de las políticas sanitarias. b). el análisis comparativo de la evidencia existente; y c). el desarrollo de temas prácticos y alternativas en política sanitaria.

El Observatorio Europeo procura evitar que cada país realice experimentos propios, ya realizados por otros, con el consiguiente gasto de energías, tiempo y esfuerzos humanos, sin considerar ni utilizar la experiencia adquirida con anterioridad. Las experiencias habidas en otros países o regiones geográficas son importantes, como resultado de haber tenido situaciones análogas, y poder evitar el pasar por situaciones repetibles y obtener idénticas conclusiones. Debe evitarse que, al ser parte de Europa, manifiesten con posterioridad de haber fracasado, tras el proceso de la aplicación de su plan local o de sus pautas, que lo recriminen al Observatorio. Sin que este estuviera implicado, y no haber prevenido, ayudado o apoyado.

El Observatorio influye, por supuesto indirectamente, en las decisiones políticas, y según los casos puede que demasiado pronto o tal vez demasiado tarde, lo que depende de la solicitud de su intervención. Todos los países tienen:

- Retos sanitarios comunes.
- Globalización de las pensiones.

- Transferencia de modelos e ideas a través de contextos socio-económicos y culturales distintos.
- Convergencia aparente en las estrategias adoptadas.

2.2. PROMOCIÓN DE UNA POLÍTICA SANITARIA BASADA EN LA EVIDENCIA

Una buena política sanitaria es la de aumentar la calidad de vida, es decir, vivir mas años con una ancianidad activa y en ausencia de enfermedades crónicas y degenerativas. Un nuevo medicamento no puede ser lanzado al mercado sin pruebas científicas exhaustivas, sin embargo, generalmente se introducen nuevos caminos en proporcionar servicios sanitarios con insuficiente, poca o ninguna evaluación científica. Ocasionalmente, una morbilidad y mortalidad significativa puede estar asociada a los nuevos modelos instalados de asistencia sanitaria. Los cambios en el sistema de asistencia sanitaria están sometidos a dictámenes de aseguramiento de la calidad, y si las evaluaciones de nuevos fármacos, siguieran un proceso de calidad similar, probablemente no serían autorizados después de su experimentación animal, para su aplicación a los seres humanos (Hillman, 1998). La experimentación animal es importante, pues en caso de su prohibición, debería aplicarse el medicamento directamente en humanos, lo que no es agradable, ni para el paciente o enfermo, ni para su familia o allegados, sin conocerse una respuesta en mamíferos. Debe recapitularse sobre el tema de prohibición de mamíferos para la experimentación de nuevos fármacos. Ante la no utilización de animales, las nuevas sustancias tendrán que administrarse en humanos, quedando a salvo los animales, que sin embargo se beneficiarán de las personas y no al revés, como debería ser. Recientemente ha sido aprobado por el Parlamento Europeo, el REACH, 2005, Reglamento para la Evaluación y Autorización de Sustancias Químicas, y que debe ser supervisado por la Comisión, de Bruselas, con el objetivo de prevenir la salud humana y del medio ambiente y para ahorrar gastos sanitarios, al disminuir en consecuencia, las enfermedades crónicas y degenerativas.

2.3. ANÁLISIS COMPARADO DE SISTEMAS

Diferencias internacionales en sistemas de asistencia sanitaria y el abordaje o apertura a reformas, pueden proporcionar a los analistas, un experimento natural. Que si se analiza rigurosamente, puede facilitar el aprendizaje a través de los éxitos y fracasos de otros países. Se ha observado, que la mayoría de los países, aplican reformas de asistencia sanitaria, como si estuvieran solos en el planeta. Pocos entre ellos,

han intentado aprender de otros. Cada país, antes de aplicar una reforma, debería estudiar las de los demás, por su experiencia, resultados, riesgos y costes (Mossialos et al., 2002). Realiza un control y monitorización por países de la salud en transición (HiT = Health in Transition), y sus perfiles sanitarios (Bentes et al., 2004).

2.4. DIFUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

El Observatorio Europeo de sistemas de servicios sanitarios promueve la elaboración de normativas basadas en la evidencia, a través del análisis comprensivo y riguroso de los sistemas de asistencia sanitaria en Europa. Trabaja en colaboración con Gobiernos para describir los sistemas de servicios sanitarios y las modificaciones que se deseen introducir. Reúne los responsables, académicos, legisladores y sanitarios, para el análisis de las diferentes tendencias en los servicios sanitarios. Utiliza la experiencia adquirida en algunas áreas Europeas para iluminar nuevas normativas. Gestiona, a través del esfuerzo de sus colaboradores, encuentros y grupos de trabajo para proporcionar a los legisladores de cada área geográfica, consejos basados en la evidencia. Elaborar una amplia gama de estudios analíticos y comparativos para los sistemas de servicios sanitarios.

El Observatorio Europeo depende de las instituciones siguientes, que voluntariamente han tenido la iniciativa e interés, de poner en marcha esta función interna europea y mundial, en una institución de regulación, control y promoción de la sanidad, y a su vez les que proporciona la oportuna información como a todos los Gobiernos, Instituciones y a la población. Disponible en Bibliotecas de Salud y a los ciudadanos que la soliciten

- Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud
- Banco Mundial
- Banco de Inversión Europeo
- España, Noruega, Grecia
- Bélgica, Finlandia y Suecia
- Región del Veneto
- LSE (Escuela Londinense de Economía)
- LSHTM (Escuela Londinense de Higiene y Medicina Tropical)
- Instituto de Sociedad Abierta

3. REFORMA DE LA SANIDAD

En virtud de la experiencia adquirida durante los años, y de la aplicación de planes sanitarios en diversos países, son siempre útiles, en algunas áreas, la aplicación de los resultados positivos obtenidos, ventajas y sus conclusiones, en los ámbitos siguientes.

- Cambios en las necesidades de la población en salud.
 - Envejecimiento y enfermedades degenerativas
 - Enfermedades crónicas
- Discusión sobre la libre elección
- Desarrollos tecnológicos
- Difusión de la información
- Su significado/cambio en los valores sociales
- Mejores expectativas para pacientes y ciudadanos

4. ENFERMEDADES CRÓNICAS Y GASTO

4.1. EL RETO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

El Observatorio Europeo analiza el reto que presentan las enfermedades crónicas, que conllevan un acusado gasto económico en la mayoría de los países de la Unión. El número de las enfermedades crónicas va en continuo aumento, solidariamente con el envejecimiento de la población. Deben analizarse los factores para en lo posible poner remedio a la situación, entre estos cabe destacar el sedentarismo, hábitos nutritivos, tabaco, alcohol, dieta grasa, y la polución del ecosistema, del que dependen los alimentos. No hay que olvidar que el 80% de las patologías cancerosas tienen un componente o etiología medioambiental (González Barón y Casado Sáenz, 1997). Hoy en día se encuentran cifras de plaguicidas (insecticidas, herbicidas, bactericidas) en frutas, hortalizas, legumbres, agua de bebida, aire y materiales de plástico. El tratamiento terapéutico, cuidados sanitarios y de rehabilitadores alargan la vida pero conllevan un acusado gasto sanitario. La artrosis es la segunda causa de incapacidad laboral, afecta a 7 millones de españoles y cursa con inflamación de las articulaciones con pérdida progresiva del cartílago con importante gasto sanitario.

Los efectos agudos a corto plazo son improbables o muy leves, sin embargo los crónicos pueden ser importantes, sobretudo en la edad adulta, y conllevan un acusado gasto sanitario a escala social, por el número de personas afectadas en el conjunto de la sociedad. Las estadísticas muestran actualmente un incremento de las enfermedades crónicas y de padecimientos múltiples en personas ancianas con tratamiento de hipertensión, insuficiencia cardiaca, angina, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o artritis o diabetes. Hay que añadir en zonas industriales, una disminución de la fertilidad. El incremento de enfermos infecciosos con Inmunodeficiencias (HIV) con tratamientos de por vida, con costosa medicación antiviral (retrovirales). El SIDA o Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que para a incrementar el número de enfermedades crónicas que además de tener tratamiento de por vida, es letal e infecciosa. A este grupo debemos añadir los enfermos de cáncer, operados y en prevención, con un largo tratamiento inmunosupresor. Los que reciben una terapia sustitutiva con hormonas tiroideas y sexuales. Un médico de cabecera puede tener un centenar de enfermos en tratamiento con cocktails de medicamentos, con un gasto todavía mas acusado.

4.2. CONTROL DEL GASTO

Es importante mantener ambos criterios, tanto del gasto-beneficio como del riesgo-beneficio. Bruselas llama la atención sobre el gasto producido por los efectos de los productos químicos, como factores de riesgo en la etiología en las enfermedades crónicas, sugiriendo que es mayor a 5 mil millones de euros/año, y solo para el asma y alergias en Alemania. A este gasto sanitario hay que añadir más de 2.000 casos de cáncer y el de todo el grupo de las enfermedades crónicas.

En este sentido y después de una discusión de años, sobre la trascendencia de la polución de sustancias químicas en el ambiente y sus posibles efectos en la salud humana, en el ecosistema y sus costes sanitarios, el Parlamento Europeo aprobó el 17 de noviembre 2005, el nuevo “Reglamento” (REACH: siglas en inglés de Register, Evaluation and Authorization of Chemicals). Estas disposiciones, deben ser revisadas todavía por la Comisión, en Bruselas. Pero ya se ha dado un paso importante y decisivo. Se obliga a la industria europea a registrar los compuestos vendidos en mas de una tonelada/año, que son unos 30.000 de mas de 100.000 sustancias químicas registradas. Hoy estamos expuestos a la mayoría de ellos, sin conocer con exactitud, en que medida influyen o son factores de riesgo de la etiología de enfermedades crónicas, como: cáncer, cáncer de mama, asma, alergias, Alzheimer, Parkinson, artrosis, diabetes, problemas hormonales de tiroides, criptorquidia, infertilidad, cambio de

sexo. El objetivo es proteger la salud, sin perjudicar la competitividad de la industria europea, actualmente líder mundial en la síntesis, elaboración y comercialización de estos productos.

El nuevo ordenamiento obliga a las compañías que solicitan el permiso de comercializar sus productos, a proporcionar toda la información con los datos experimentales, publicaciones y monografías, sobre los efectos biológicos de las sustancias químicas, en los preparados que deseen poner a la venta. La documentación presentada será revisada para una evaluación del riesgo, para la salud y el ecosistema, por expertos, nombrados por la Agencia de Productos Químicos, con sede en Helsinki. Por otra parte, sobre los medicamentos, actúa la Agencia Europea del Medicamento (EMA) con sede en Londres, y con subseces contratadas para las evaluaciones de riesgo en York (Reino Unido) y Braunschweig (Alemania). A partir de la documentación presentada por los laboratorios, se elaborará una Monografía sobre la sustancia en cuestión, sea nueva o ya conocida o antigua, en la que se caracterizará su peligrosidad, mediante toda una serie de datos farmacológicos y toxicológicos, estableciéndose claramente sus dosis, y sus efectos ante la exposición. Se establece la obligación de revisar las autorizaciones cada cinco años. Se tiene previsto que el nuevo reglamento se aplique en toda su extensión en el año 2007, y en su totalidad en el 2018.

Este “Reglamento” REACH, de Registro, Evaluación y Autorización de Productos Químicos, ha sido el más complejo de los reglamentos que ha conocido la Unión, por las exigencias de las partes intervinientes, su trascendencia económica, su proyección en diferentes ámbitos de la salud y del ecosistema y los diferentes ministerios implicados. Entre ellos cabe destacar: el poder político que obra a partir de los datos científicos proporcionados por los expertos, los agricultores que desean abaratar costes, reducir las plagas y aumentar las cosechas, aplicando los compuestos más potentes y baratos, la industria con su economía y el interés de sus propietarios. Pero siempre el objetivo de fondo es el de abaratar costes en relación a los Sistemas de Salud Europeos, Seguridad Social y Servicios Hospitalarios. Estas sustancias se vierten en toneladas en el medio ambiente, y sin duda tienen sus efectos nocivos.

Los productos químicos son imprescindibles en todos los ámbitos de la vida, tanto en la agricultura y en la ciudad como en el hogar, desde insecticidas, herbicidas (plaguicidas), a esmaltes de uñas, perfumes, cremas (dermofarmacia), pasando por los plastificantes de juguetes o utilizados en la fabricación de todo tipo de aparatos, ordenadores y vehículos. La vida sin ellos sería hoy imposible y sin embargo, aunque se conocen escasos datos acerca de cada compuesto, lo que se quiere detallar y aclarar son todos los efectos biológicos a que pueden dar lugar, y si se pueden considerar factores etiológicos de las enfermedades crónicas anteriormente mencionadas.

La Comisión Europea admite que ignora casi todo a este nivel de garantía de calidad, en el 99% de todas las sustancias químicas. En el día de hoy, numerosos compuestos son comercializados y utilizados en todos los hogares, conociéndose algunos de los efectos biológicos, pero no todos los que se deberían, como su fisiopatología, bioquímica, mecanismos de acción, y sobre el genoma; y también sus antídotos, para casos de necesidad o intoxicación. Por ello, se aplicará a partir de ahora, un “análisis del riesgo” completo, es decir, a)- una “evaluación del riesgo” a partir de las dosis, metabolismo, mecanismos de acción y peligrosidad (toxicología y metabolismo), tanto para la salud humana como para el ecosistema (ecotoxicología), fundamentados en los resultados científicos de la biología experimental; b)- una “gestión del riesgo”, con la correspondiente recogida, tratamiento, neutralización y reciclaje con vistas al medio ambiente y la salud humana; y c)- una correcta “comunicación del riesgo” en su justa medida, sin sobresaltos ni inquietudes para el día a día en el devenir de la Sociedad Europea.

Con ello se quieren evitar, aunque haya otros caminos para conseguirlo, los males de la Humanidad por la vía de los conocimientos científicos, en lo que respecta a la Salud. Se sospecha de algunos compuestos químicos son cancerígenos o mutágenos, mientras otros se acumulan en el organismo y producen alergias, asma y alteraciones hormonales. Se observa que otros, aumentan sus niveles en el agua de bebida, alimentos y medio ambiente, alertándonos como alteradores endocrinos, feminizando o masculinizando especies, efectos ya observados en bivalvos de rías y puertos, por el estaño de las pinturas de embarcaciones (tributilestaño).

La trascendencia del reglamento REACH va encaminada a soslayar los efectos del medioambiente sobre las enfermedades crónicas, y ahorrar gastos a los Sistemas de Salud Europeos. Por ello se ha tenido gran interés en implantar el REACH, al imponer que todas las sustancias elaboradas o importadas en la UE, por encima de una tonelada, salvo las exentas por su demostrada inocuidad, queden registradas en la futura Agencia de Productos Químicos con sede en Helsinki.

Las sustancias que no estén registradas y tampoco estén exentas, no podrán ser comercializadas y por ende utilizadas en toda la Unión. El “Registro”, tendrá datos sobre propiedades y utilización de los productos. El plazo de registro para todas las sustancias que se emplean en la UE es de 11 años, en una escala temporal que tiene en cuenta las cantidades producidas, vendidas y su peligrosidad. Las que superen las 1.000 toneladas, y las más tóxicas, persistentes y potentes por su mayor efecto biológico, deberán ser registradas, evaluadas y aprobadas antes del plazo señalado. Una enmienda establece, que los derivados del tabaco deberán ser sometidos al procedimiento de Registro. Esta fue aprobada con un margen ajustado, y es susceptible de modificaciones en los proce-

dimientos pendientes. Las enmiendas aprobadas obligan a que las autorizaciones estén limitadas a un plazo máximo de cinco años, y que sólo se concedan si se demuestra que no hay sustancias o tecnologías alternativas, y que las ventajas socioeconómicas compensan los riesgos para la salud y el medio ambiente, el conocido riesgo-beneficio. Se pretende incentivar el desarrollo de nuevas alternativas y de nuevas tecnologías.

El reglamento establece el principio, de que son las Empresas las que deben proporcionar los datos, aunque con tantas excepciones y limitaciones, que para las alrededor de 20.000 sustancias producidas en cantidades de entre 1 y 10 toneladas sólo entre el 10% y el 30%, las de mayor riesgo, deberán ir acompañadas de una información exhaustiva.

Estas limitaciones fueron introducidas con el propósito de aligerar las cargas económicas de las pequeñas y medianas empresas, consideradas como más vulnerables a nuevos requerimientos y pruebas de laboratorio. Con el mismo fin se mantiene el principio de “Una sustancia, Un registro” (One Substance One Register, en sus siglas en inglés = OSOR) que obliga a compartir los datos con otras compañías, algo a lo que se niegan las grandes multinacionales. Atendiendo a sus demandas se ha aumentado el número de casos en que dejará de aplicarse OSOR, pero las empresas que quieran acogerse a ese derecho, deberán exponer sus motivos a la Agencia, que podrá aceptarlos o no. El principio de OSOR se aplicará estrictamente a las pruebas con animales, incluidos los invertebrados. En todo caso, la experimentación con animales deberá reducirse a la mínima expresión.

5. EVOLUCIÓN FUTURA

Hay pacientes que sufren un tratamiento a largo plazo tan complejos que requieren diversos especialistas (dietista, oftalmólogo, cardiólogo, nefrólogo y podólogo), incrementándose el gasto de la Sanidad. Los enfermos ambulatorios, pueden autoadministrarse, después de una enseñanza de iniciación, como en el caso del autocontrol de los diabéticos (pincharse para su autoanálisis, administración de insulina y preparación de su dieta, y curaciones), todo ello con la supervisión inicial y temporal de una enfermera ambulante o fija en su Ambulatorio.

6. DESARROLLO DE LAS NORMATIVAS EN INGLATERRA

El 60% de la población adulta e Inglaterra padece de enfermedades crónicas (Wilson et al., 2005), sus demandas son desproporcionadas para el sistema de atención sanitaria inglés. El 15% tiene tres o más problemas crónicos, y requieren el 80% de las consultas,

y representan el 30% de los días de ingreso. Esto requiere una política de prevención futura de enfermedades crónicas, como prioridad del Sistema Nacional de Salud, con la reducción de los ingresos en urgencias del 5% para el año 2008 (Technical Note, 2004).

Estudios piloto se realizan actualmente con 9 grupos de enfermos con tratamientos crónicos, todavía inconclusos, con el objetivo de conseguir una reducción de las admisiones en urgencias (United Health Europe, 2005; Borden et al., 2005). El gasto proporcional en salud de enfermedades crónicas en EE.UU. es inferior que en Europa. Como ejemplo, se aduce la enfermedad diabética, en la que ocurre una mortalidad 5 veces superior en los jóvenes USA que en Europa, debido a la sistemática de los cuidados y en los tratamientos, alcanzando así en Europa una mayor supervivencia y mayor gasto sanitario (McKee and Nolte, 2004). La atención primaria es crucial en todas las reformas sanitarias (Nolte and McKee, 2005).

7. EQUILIBRIO ENTRE PRESENTE Y FUTURO

El Observatorio Europeo realiza estudios comparativos en el ámbito de la salud, no solo entre diversos países de la Unión, sino también con otros de la órbita y extranjeros. Son temas de interés, el estudio, la prospección y el impacto para compartir gastos entre Instituciones, Compañías de Seguros y Asegurados. Estudios sobre los pagos por asistencia sanitaria y los convenios con Compañías de Seguros privados.

- Mejora de la salud y atención primaria
- Eficiencia macro-económica, sostenibilidad
- Eficiencia micro-económica
- Equidad (acceso, financiación), solidaridad
- Calidad, seguridad
- Capacidad de dar respuesta, elección

8. ANÁLISIS COMPARATIVOS / ESTUDIOS

- Financiación de los servicios sanitarios: opciones en Europa.
- Seguros médicos voluntarios en la Unión Europea.
- Adquisiciones instrumentales, para mejorar la puesta en práctica de la asistencia sanitaria de calidad y de diagnóstico.

- Servicios apropiados de calidad de los Hospitales, con Unidades Ambulantes de cuidados intensivos o primarios; Recursos humanos con una formación seria, para la salud en Europa.
- Descentralización de la asistencia sanitaria.
- Regulación y facilitación de la conducta emprendedora.
- Impacto de la legislación de la UE sobre la asistencia sanitaria.
- Regulación y control de los medicamentos.

Otros estudios y análisis comparativos, que se realizan en el Observatorio implican la implantación de la Seguridad Social en los países del este Europeo (McKee et al., 2004). Y la evaluación y aplicación de los sistemas sanitarios de los países nórdicos; el mapeo de la evaluación de la extensión de la salud en Europa, la descentralización de sistemas sanitarios, sus objetivos clave o blanco y la evaluación de las normativas, en la Base de Datos de la “Salud para Todos” (HFA = Health For All, Oficina para Europa de la OMS). Las normativas y prácticas en salud mental en Europa, enfermedades contagiosas, y servicios de tratamientos crónicos (Albrecht et al., 2002; McKee et al., 2004)

- Asistencia sanitaria en Asia Central
- Normativas sanitarias y ampliación de la UE
- Sistemas de Salud en transición CEE-NIS (Countries East Europa - New Independent Countries, de la antigua Unión Soviética)
- Sistemas de Seguridad Social en Europa Occidental
- Implantación de la Seguridad Social (SHI = Social Health Insurance) en Europa Oriental
- Sistemas sanitarios en países nórdicos

9. DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Entre las actividades del Observatorio Europeo, mencionamos las Series de publicaciones, que dan a conocer los sistemas de servicios sanitarios de cada país, en concreto, como Health Care Systems in Transition, series (HiTs). Perfiles de los sistemas de servicios de la salud de todos los 51 países europeos. El sumario en Base de Datos, de los perfiles en HiTs de cada país. Estos estudios, de los que muchos de ellos están publicados en colaboración con la editorial Open University Press.

- Publicaciones (Observatory Series). Intercambio rápido
- Colaboración con otras instituciones. Edición de libros y monografías.
- Incorporación de estudios líder, del exterior.
- Difusión de Revistas sanitarias y de la especialidad, para informar a los responsables de las normativas: Eurohealth; Euro-Observer; Reuniones científicas; Internet: www.observatory.dk

10. REFORMA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Es importante conocer la satisfacción de los ciudadanos y su confianza en la calidad de sus servicios sanitarios. Se cree preciso y necesario presionar para las reformas sanitarias en Europa. Josep Figueras del Observatorio Europeo, en abril 2005, abre el debate sobre convergencias y divergencias, en los sistemas sanitarios de Europa. Se plantearon los siguientes temas en discusión

- Cambios en las necesidades en salud: Envejecimiento, enfermedades degenerativas, perinatales, genéticas, mentales y crónicas (Nolte and McKee, 2005).
- Desarrollo tecnológico, su implantación
- Desarrollo de la nutrición y su aplicación en Colegios
- Difusión de la información
- Significado / Cambio de los valores sociales
- Mejores expectativas en salud para pacientes y ciudadanos

11. OBJETIVOS, VALORES Y EQUILIBRIOS

Objetivos, valores y equilibrios, en los que se destaca la sostenibilidad, la solidaridad y la libertad de elección.

- Mejora de la salud
- Eficiencia macro-económica, sostenibilidad
- Eficiencia micro-económica
- Equidad (acceso, financiación), solidaridad
- Calidad, Seguridad
- Capacidad de dar respuesta, elección

12. FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Entre las funciones destacan, su financiación y el aprovisionamiento de fondos, también es importante la generación de recursos y los patronazgos y tutelas. En la financiación considera, el Observatorio, el cobro de rentas, reunión de fondos y adquisiciones. Entre el aprovisionamiento de fondos, se consideran las prestaciones sanitarias personales y las no personales.

(Figura de Funciones de los sistemas de salud)

Financiación del sistema sanitario

(Figura)

La financiación del sistema sanitario se fundamenta en el triángulo: ciudadano-proveedor-intermediario. El ciudadano es el consumidor del seguro; el proveedor es el Estado (Infraestructuras; Insalud en España); y el intermediario es la Aseguradora o comprador. Para su financiación es importante recoger los fondos y la recaudación. Es importante el pre-pago y el riesgo de la recogida de fondos. La estabilidad de los principales mecanismos de recogida de fondos. Países con Seguridad Social para la Salud (SHI = Social Health Insurance (o Bismarck). Impuestos Generales (GT = General Taxes) (o Beveridge). Consenso sobre el significado del Estado, asegurando la cobertura y la solidaridad universales. La competitividad limitada y férreamente regulada entre las Compañías de Seguros.

Proporción de los impuestos y de los montantes de los Seguros (SHI=Social Health Insurance), como porcentaje de los gastos totales para la Salud (THE=Total Health Expenditure) en Europa Occidental.

(Gráfica)

Gráfica del Gasto Sanitario como % del PNB

(Si la hubiera posterior del 2002)

Source OECD Health TH Data 2004, 3rd edition.

13. SERVICIOS

13.1. PROVISIÓN DE SERVICIOS

- Movimiento para mejorar la calidad
- Organización descentralizada respecto a los proveedores
- Agrupaciones de empresas, firmas públicas, fundaciones, autogestión.

- Delimitación de competencias: clasificación de sociedades de Hospitales
- Traslado de límites de cuidados (menos Unidades Estacionarias y mas Unidades Ambulantes)
- Hospitales reestructurados / Reducción de camas
- Cuidados integrados y de substitución
- Asistencia primaria desde el asiento de la ambulancia: monitorización
- Selección del proveedor

13.2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS A EFECTOS DEL GASTO

ORGANIZACIÓN

INCENTIVO	UNIDAD BUROCRÁTICA	UNIDAD CONTRATADA	UNIDAD DE MERCADO
Derechos de decisión	Jerarquía vertical	Dirección Autónoma	
Responsabilidad	Control Jerárquico Directo	Reglas, Procedimiento según normas establecidas y Contratos	
Exposición al Mercado	Cuota directa desde el Presupuesto	Ingresos no presupuestados	
Finanzas	Fondos Públicos	Propietarios Privados	

13.3. ELECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

13.3.1. Elección y gasto

Se procura otorgar a los ciudadanos de la Unión el derecho a ejercer un cierto grado de elección sanitaria en sus diferentes aspectos, teniendo presente la responsabilidad, eficiencia, efectividad y economía (costes—beneficios). (Thomson, Dixon, Bech, Riesbberg and Dourgnon, 2004)

La libertad de elección es un elemento crucial en el tradicional modelo económico, pues está en función de la infraestructura y de la disponibilidad de recursos. Los asegurados desconocen algunas veces la naturaleza de la infraestructura y las posibilidades médicas, y puede tener preferencia por Unidades Clínicas de inferior calidad y peor dotadas que aquella a la que se le envía o adscribe. A pesar de todo el paciente o enfermo prefiere hacer su propia elección, sea la mejor o a veces la desfavorable, aunque no conocida.

Por todo ello, la información de los asegurados es muy importante en vista a las alternativas, para ejercer una correcta elección con seguridad y tranquilidad en vista a las posibles consecuencias.

Algunos economistas argumentan que la libre elección puede reducir el bienestar individual (Rice, 2001).

- Necesidad de información adecuada
 - Capacidad de elección tiene importancia creciente en países europeos, es central en la Seguridad Social General, y aumentada en España en el Servicio Nacional de Salud
 - Elección de asistencia primaria y de Hospitales (también en sistemas de asistencia sanitaria nacional)
 - Elección reforzada, por documentos autorizantes, para los pacientes y sus derechos
 - Disposición limitada para abonar según la elección, cuando esta última no resulta de calidad o sea insuficientemente eficiente
1. La elección del comprador (asegurador) en contra de la elección del ciudadano?
 2. Elección restringida de especialista y del responsable (Médico de Cabecera) ¿Compartir gastos?
- Una desacertada elección induce a un sentimiento de pesar
 - Elecciones desacertadas de unos influyen en otros pacientes
 - Los gastos sociales de posibilidad de elección son mas gravosos que los beneficios.

13.3.2. Elección y sistema de salud

Es necesario conocer que clases de elecciones, en teoría, es posible realizar, los factores capaces de limitar aquellos en la práctica, y los motivos y objetivos de

las normativas. En la tabla 1 se especifican tres amplios ámbitos en los cuales existe posibilidad de elección en el sistema de salud.

Table 1.- Posible elección en los Sistemas de Salud (*Thomson and Dixon, 2004*).

ASEGURADOR SANITARIO	PROVEEDOR SANITARIO	TRATAMIENTO TERAPÉUTICO
Tener Aseguradora o estar asegurado	Proveedor del primer contacto	Opción de rechazar el tratamiento
Aseguradora pública O privada	Médico General	Elección del tratamiento
Servicios básicos cubiertos por la Aseguradora	Especialista	Cuando ser tratado
Reserva Aseguradora pública	Acceso directo a los especialistas	Elección del lugar, por. ej: nivel y lugar del servicio
Cuota de contribución	Hospital	De las facilidades y comodidades
---	Doctor en Hospital	De participar en pruebas (estudios)

Si se ofrece la elección, debe ser libremente disponible para toda la población. Sin embargo, en la práctica difícilmente la elección es totalmente “libre” (Levett et al., 2003). Normalmente la elección está implícita o explícitamente restringida.

Ejemplos de restricción explícita incluyen limitar la elección a:

- Grupos de población específicos, como los que ganan mas de un cierta cantidad al año.
- Una gama limitada de opciones, como p.ej. proveedores sanitarios dentro de un área geográficamente definida.
- Un punto particular en el tiempo o una decisión definitiva
- Aquellos que están dispuestos a pagar honorarios o cuota adicional

Por otra parte, la elección está disponible en teoría, pero limitada en la práctica, debido a restricciones que surgen del contexto en el que se desarrolla (Levett et al., 2003). Estos factores incluyen:

- Capacidad individual: conocimiento e información
- Capacidad del sistema sanitario: recursos financieros y técnicos
- Proximidad a los servicios
- Capacidad de pago: por acceder a servicios privados o por tener un acceso incrementado dentro del sistema público
- Normas culturales o institucionales; y
- Respuestas institucionales a incentivos particulares, tales como selección de riesgos por las Aseguradoras en competencia.

Aunque la elección en los sistemas de salud europeos son diferentes pueden identificarse tendencias comunes. Algunas normativas tienen por objeto aumentar el acceso equitativo a los servicios sanitarios, por ej., reduciendo variaciones en tiempos de espera o nivel de contribución; o la extensión de la elección a la población total. Otras normativas tratan de aumentar la eficiencia del sistema sanitario, a menudo aumentando la competición entre los proveedores estableciendo competitividad, como candidatos (Hospitales, médicos, especialistas).

13.3.3. Significado de la elección

En algunos países europeos occidentales, la elección ha sido una característica duradera en el sistema sanitario, y por lo tanto no es una cuestión de discordia en las normativas, aunque los efectos de estas elecciones pueden ser causa de preocupación. En otros países los Gobiernos han introducido deliberadamente normativas que intentan aumentar o reducir la elección. Estas normativas han sido particularmente predominantes desde los años 90.

En Inglaterra, en los años 80, los modelos de Asistencia Sanitaria integrada públicamente en el Sistema Nacional de Salud (NHS=Nacional Health Service), y también en Escandinavia, con el sistema de salud descentralizado, se desacreditaron bajo crecientes críticas, debido a su ineficacia, pobre organización y falta de respuesta a las necesidades de sus usuarios (Enthoven, 1989). Hubo un aumento de interés en consumismo, y aumento de preocupación sobre la capacidad de los servicios públicos de responder a las expectativas del público (Freeman, 1998).

En el año 2000, el informe de la OMS sobre la aplicación y desarrollo de los sistemas de salud en el mundo, incluye la capacidad de respuesta o de oferta a las

expectativas del público, como uno de los 4 criterios usado para evaluar las realizaciones de los sistemas sanitarios (WHO Report, 2000).

Recientes normas del Tribunal de Justicia Europeo, subrayan el hecho de que los Sistemas de Salud en la U.E. deben orientarse a sus normas de competitividad, acuciando a los Gobiernos de algunos de los estados miembros, a distribuir los pacientes a proveedores diversos, en los lugares donde haya embarazosas listas de espera (Brouwer et al., 2003).

13.3.4. Ejemplos de libre elección

En la Unión Europea se estimula la competitividad entre Aseguradoras públicas y privadas, que conduce a un aumento de eficacia y realizaciones en los Sistemas de Salud en su conjunto (Saltman et al., 2002; Saltman et al., 2004; McKee and Healy, 2002).

En la práctica, sin embargo, este tipo de planteamiento no es común. En Europa Occidental está solamente implantado en Alemania. Aunque los Gobiernos de Austria (1999), Portugal (1993), y España (1975), consiguieron un aumento en el acceso a Aseguradoras de salud privadas, de grupos específicos de trabajadores, que, no son de libre elección, porque son obligatorios e implican una decisión colectiva (Mossialos y Thomson, 2004).

En Alemania la libre elección entre Aseguradoras públicas y privadas han llevado a una gran complejidad y descontento con el sistema y preocupación por poder ser mantenido el actual sistema de seguros de enfermedad. Y esto fue uno de los motivos principales de problemas en las elecciones del 2002; y algunos exigen una revisión radical de los seguros públicos y privados. La competencia entre las Aseguradoras privadas en Alemania, se desarrolló esperando que así aumentarían incentivos para fondos y poder trabajar con mas eficacia (Schut et al., 2003).

En nuestra opinión, la causa fue, que el Estado fomentó los Seguros privados para descargar los públicos, por falta de medios suficientes, años después de la reunificación alemana. Por un lado se tiene la preocupación de si el Estado puede pagar por sus deudas; y por otro lado también de si los privados pueden ponerse a la altura de la inflación, cada vez más amenazante. Sin embargo, sigue todo igual, con preocupación añadida de los ancianos, sobre sus futuras pensiones de vejez, y también la de sus propios servicios sanitarios.

En Europa, la libre elección se implanta como medida para aumentar la eficacia y la solidaridad. En la mayoría de los países de la Unión, el paciente, previa a la visita del especialista, debe pasar por el médico de cabecera, del que existe libre elección, como norma y derecho fundamental de la persona humana en la mayoría de los sistemas de salud europeos, y este envía el paciente al especialista. Esta última

opción no parece muy popular a los enfermos porque entorpece la accesibilidad y a la calidad de los servicios primarios de salud. Aunque el paciente, por desconocimiento, no alcance a evaluar la calidad, la preparación y la diligencia del médico al que es remitido. Existen excepciones, y el médico de cabecera puede enviar a petición del enfermo al especialista propuesto por este, posteriormente el jefe de Administración o Subdirector de Hospital proporciona su visto bueno.

La libertad de elección en los servicios sanitarios de los Ambulatorios contrasta, con la obligatoriedad de los pacientes ingresados, obligados a los servicios hospitalarios donde están ingresados, a menos que sean ingresados por la vía de urgencia, emergencia o accidente. En Alemania, donde existe libertad de elección de hospital, el médico de cabecera tiene un importante significado en la decisión del paciente para ser tratado en un determinado Hospital. Ello está derivado de la existencia de una amplia gama de Hospitales, especialistas y médicos, por ello es fácil elegir entre asistencia pública y privada. A pesar de la gran diversidad y de las posibilidades, en Alemania y Francia, desde Aseguradoras públicas y privadas, infraestructuras, especialistas y médicos, y el “status” de los Hospitales, los enfermos desconocen con exactitud la realidad de la situación y sus disponibilidades, por ello debe dejarse guiar por su médico de cabecera. Solo mediante una determinada indicación por el conocimiento de un determinado especialista, puede, a través de un excepcional procedimiento con permiso de la dirección del Hospital acceder a ese determinado Hospital.

14. AVANCES EN ATENCIÓN SANITARIA

Algunos ciudadanos europeos, enfermos de áreas geográficas limítrofes o bien no residentes en ese país, y por consiguiente desprovistos de buenos servicios sanitarios o carente de ellos, mientras haya convenios bilaterales entre países, pueden ejercer el derecho de elección, para acceder a los servicios sanitarios de otro país, mientras esté previsto el reembolso de los servicios prestados, y los de la población no residente. En España se acoge plenamente la población emigrante, en el Sistema Nacional de Salud.

Recientemente, los Gobiernos de Alemania, Bélgica y Holanda, han establecido convenios, para atender independientemente a su población que esté en una larga lista de espera. En la Comunidad Autónoma de Madrid, la lista de espera quirúrgica es inferior a un mes para ser asistido o atendido. La elección de Hospital en el propio país, para rebajar el tiempo en las listas de espera, ha sido implantado en Inglaterra, Dinamarca, Suecia y Holanda, sin embargo, en realidad ha sido sorprendentemente

baja. El enfermo elige lo que le es más cómodo a su medio ambiente, lo cercano y familiar (Thomson and Dixon, 2004).

En Holanda durante el año 2005, se prosigue con el objetivo de limitar los costos farmacéuticos a través del control de precios. Se ha observado en los Sistemas de Salud europeos, que quienes ejercen, principalmente, la libertad de elección, es la población informada, joven, sana, acomodada y educada, con mayor capacidad de movilidad, pero también de dejarse persuadir de que no la ejerzan. Uno de los factores son los gastos, su propia conveniencia y relatar experiencias anteriores. Otros factores que contribuyen a relegar la libertad de elección son, falta de incentivos tanto para los enfermos como los proveedores (Hospitales, especialistas y médicos), escasez de la necesaria información, gastos para obtener y procesar esta información, resistencia de las instituciones, normas culturales y falta en la seguridad de mejores expectativas.

En Dinamarca, sus residentes pueden elegir entre dos grupos para recibir servicios de atención primaria. Los ciudadanos del grupo 1, están registrados a un médico de cabecera en un radio de 15 Km de su casa, y de 5 Km en la capital Copenhague, y tienen libre acceso a médico y a especialista, pero a este último con volante del médico de cabecera, excepto para el otorrinolaringólogo y para el oftalmólogo (Bech, 2004). Si el enfermo lo hace por iniciativa propia debe abonar sus propios gastos. Cada seis meses tiene derecho a elegir nuevo médico de cabecera, aunque es infrecuente. Los individuos del grupo 2 tienen libertad de visita a médico de cabecera y de especialista, pero hay co-pago para todos los servicios, excepto para el tratamiento en Hospital. Solamente el 1,7 % de la población ha optado pertenecer al grupo 2 (Bech, 2004).

A partir de 1993, en Dinamarca, la libre elección de Hospital se limitó, y en el año 2000 solo el 7,9 % de tratamientos de los enfermos no agudos ingresados y el 6,7 % de los ambulantes no agudos fueron realizados en un distrito diferente al de residencia del enfermo (Sundhedsstyrelsen, 2002). Los enfermos deben abonar, por supuesto, sus gastos de viaje, lo que representa una limitación en la libre elección de Hospital. Sin embargo, existe discusión en el marco de la legislación vigente sobre la libre elección de Hospital (Vrangbaek and Bech, 2004). Desde el año 2000, la aportación de los distritos a los Hospitales representó un 3 % de su remuneración total, y esta aportación no deja de aumentar año tras año. El tiempo de espera en sus listas se ha reducido de 3 a 2 meses. Si el periodo de espera es superior, el enfermo tiene el derecho de gestionar su tratamiento en otro Hospital, incluso privado en Dinamarca o en otro país con el que su propio distrito tenga convenio sanitario. En Dinamarca, el % de las camas hospitalarias en el sector privado es inferior al

1% (Bech, 2004). En el año 2007 se tiene la pretensión de re-estructurar el Sistema Sanitario descentralizado en cinco regiones nacionales.

Todos los países europeos al unísono persiguen como objetivo común limitar los costes farmacéuticos mediante el control de los precios, para ello se creó el grupo de los medicamentos genéricos, de precio inferior, para su provisión mediante la receta médica.

El Alemania, el Sistema plural de Salud impone un elevado énfasis en la libre elección de proveedores (Hospitales, médicos, especialistas), y de aseguradoras, acoplados a una gran densidad de capacidades y personal sanitario, que permiten un fácil acceso a Ambulatorios y al ingreso en Hospitales. En el 2003 la Seguridad Social (Social Health Insurance) cubría un 88% de la población, es decir, la mayoría de los 82,3 millones de habitantes. La Seguridad Sanitaria Privada aproximadamente el 10%, los servicios de atención gubernamental específicos libres cubren el otro 2%, y el 0,2% no está cubierto por ninguna entidad (Busse and Riesberg, 2004; McKee and Healy, 2002). El Servicio de Atención Sanitaria Pública alemana, cuenta con el 99% de todas las camas, y el 1% restante es solo accesible a enfermos privados, que tienen ambos aseguradora pública y abonan los gastos de su bolsillo personal (Riesberg, 2004). En el año 2004, un millón de enfermos asegurados al Servicio de la Seguridad Social (SHI) han participado en un programa dirigido para enfermos crónicos de diabetes, cáncer de mama y de insuficiencia cardiaca congestiva crónica (Busse, 2004)

15. SOBRE REGULACIÓN DEL MERCADO DE MEDICAMENTOS

En Europa se hace un esfuerzo para alcanzar la eficacia, la igualdad y la calidad en los Sistemas de Salud (Mossialos et al., 2004). Los medicamentos constituyen un ente crucial en la Sanidad. La regulación del mercado farmacéutico es un tema complejo que implica la interacción dinámica de múltiples actores, y no solo del médico que prescribe y del farmacéutico que los vende. El farmacéutico tiene una implicación activa, no solo en dispensar un determinado producto, también en la selección de los específicos de múltiples orígenes, y en su adquisición. El enfermo hoy en día se informa sobre su propia salud y como la puede mejorar, con la ayuda de la información disponible de prospectos y catálogos de propaganda de numerosos laboratorios y publicaciones, y del consumo de determinados medicamentos por cuenta propia. Es conocido que en algunos domicilios se tienen cajones y armarios llenos de medicamentos, y que la política de información en los farmacéuticos, es la de retirar y devolver los que no se utilizan en los depósitos de retirada disponibles en las Farmacias.

De nuevo citamos aquí la trascendencia de los medios de información, periodísticos y visuales en la información y formación en salud y la conducta a seguir. Los mayoristas tienen algo que decir en los precios al por menor, con las diferencias que los obtienen de los laboratorios por su compra al por mayor. Por su parte la industria farmacéutica también influye en el consumo de medicamentos, en función de la difusión de la información, propaganda y precio. La actitud de los Gobiernos y las Aseguradoras de cada país, para implantar una regulación, es compleja y diversa. La globalización tiene también su propia influencia en la provisión y precio de los medicamentos.

Los Gobiernos hacen frente a los gastos farmacéuticos, que en muchos países crecen a índices superiores a los del producto doméstico y a otros presupuestos de atención sanitaria. Para muchos países europeos, se trata de un serio problema, y se realizan intentos de contener estos gastos. Pero los Gobiernos tienen otras responsabilidades, como mejorar la calidad de los servicios de atención sanitaria que ofrece, viendo las necesidades del enfermo y asegurar la igualdad, solidaridad y eficacia, como hemos visto en los temas precedentes.

La industria farmacéutica proporciona empleo y los medios necesarios para una buena salud, pero exporta sus ganancias. Los Gobiernos tienen que tratar con mucha cautela los intentos de exigir a la industria farmacéutica de contener sus ganancias, y sin ahogar sus ventas, evitar el riesgo de perder los amplios beneficios sociales sanitarios alcanzados, de ahí la importancia de los medicamentos genéricos.

El Observatorio Europeo, con la publicación de Mossialos, Mrazek y Walley, 2004, en sus 21 capítulos, intentan poner en evidencia los factores que intervienen en regular el mercado farmacéutico en Europa. Habla de las amplias perspectivas, armoniza los intereses institucionales, políticos y supranacionales. Describe, analiza y compara los éxitos y fracasos, las iniciativas específicas para regular el mercado de los medicamentos en Europa.

En los capítulos 2 al 4 trata de los temas relacionados con los aspectos políticos, legales y de salud pública en la regulación farmacéutica a niveles nacionales y de la Unión Europea. Los caminos para evaluar y monitorizar los resultados en el sector farmacéutico son discutidos en el capítulo 5.

En los capítulos del 6 al 13 se discuten temas específicos relacionados con la regulación de los precios de los medicamentos, reembolsos de fármacos, la buena práctica de prescripción, los enfermos y sus medicamentos, los incentivos en la prescripción, regulación de la distribución y venta en Farmacias, el significado de las Farmacias de Hospital, y el impacto de las cuotas en el precio del medicamento.

En los capítulos 14 al 18 se explora como pueden variar las regulaciones en los diferentes tramos del mercado farmacéutico, para medicamentos fuera de patente o de estraperlo, las implicaciones actuales y futuras de los medicamentos que influyen en el estilo de vida, biotecnología y medicina alternativa.

Los capítulos 19 y 20 se examinan la regulación de los mercados farmacéuticos en otros países, especialmente de la Europa Central y del Este; y de la Commonwealth de estados independientes. Finalmente, el capítulo 21 examina los aspectos éticos relacionados con la administración de los mercados farmacéuticos (Light and Walley, 2004). La regulación del sector farmacéutico, por su complejidad y trascendencia, implica importantes y serias decisiones. Los capítulos que acabamos de señalar son muy amenos y decisivos para el futuro debate para lograr una necesaria eficacia, calidad e igualdad de participación para todos los estamentos implicados en el mundo de los medicamentos, desde la responsabilidad del enfermo hasta la solidaridad de los responsables de la industria farmacéutica, que por otra parte ya ocurre, como comprobamos, con la disponibilidad de los medicamentos genéricos.

16. REFORMAS

16.1. IMPLANTACIÓN DE LAS REFORMAS

Enthoven y Singer, 1999, no aconsejan la competencia organizada en los servicios sanitarios, para el Reino Unido. Hay demasiadas cuestiones sin resolver, sobre el funcionamiento futuro exacto, no existe todavía el convencimiento de que pueda hacerse practicable (...). Esquemas, como la competencia organizada, tendrían que empezar en algunas regiones geográficas típicas y pequeñas, y tendrían que ser observados cuidadosamente, y extendidos y ampliados en el caso de que funcionaran, y permitir su suspensión, en caso de que no lo hagan.

Uno de los principales fracasos del mercado interior, como normativa pública, fue que se pasó a descripciones fragmentarias del concepto de adopción e implantación, sin una fase adecuada de planificación y análisis para su implantación (...). Cualquier reforma de esta índole tendría que ser discutida y apoyada en público, y posteriormente puesta en práctica, con el apoyo bipartidista, para evitar los efectos negativos que penden sobre reformas bajo la amenaza de ser invertidas después de una próxima elección.

16.2. COMO CONSEGUIR EL CAMBIO EFECTIVO

- Comprendiendo el contexto. Aplicando influencias externas. Logrando sostenibilidad bajo restricciones económicas
- Tratando con actores implicados en el cambio. Asegurando la voluntad política (ante posibles protestas y cambios continuos). Trazando las agendas de los actores implicados y formando alianzas estratégicas. Asegurando el apoyo público
- Ejecutando el proceso. Manejando la estructura, responsabilidad, legislación. Calculando y manteniéndose a la altura de los cambios
- Formando capacidad institucional, directiva y humana

17. CONCLUSIONES

Con anterioridad al Tratado de propuesta para una Constitución de 2005, el artículo 152/CEE, del Tratado de la Comunidad Económica Europea, señala que un elevado nivel de protección de la salud humana está garantizado, en la definición de la aplicación de todas las políticas. Los sistemas de protección pública en la Unión Europea incluyen o contemplan, el acceso al sistema sanitario y los cuidados médicos, considerados como un bien público a través de: a).- la Seguridad Social en función de un límite o sin límite máximo de renta, y b).- del Servicio Nacional de Salud según categorías o bien universal.

Continuamente debe tratarse de mejorar aún más la Sanidad Pública en general, y la Atención Primaria en particular; para conseguir un Sistema Sanitario Público más eficiente, equitativo y satisfactorio para todos. Los tres agentes implicados en la Sanidad son: la población, los profesionales y los políticos; y son en quienes incumbe resolver las necesidades sanitarias existentes en base epidemiológica y poblacional, mediante, el control de la actividad desarrollada en todos los niveles asistenciales:

- 1) Elección del marco de la sanidad pública, universal y gratuita en el punto de atención
- 2) Mediante una forma sostenible, equitativa, accesible y eficaz
- 3) Mediante el estilo propio del humanismo social de integración equilibrada de las diferentes parcelas de la persona humana: laboral, profesional, familiar y social

4) Procurando la mejor satisfacción del enfermo y del profesional de la salud

Existen toda una serie de medidas clave, para mejorar la calidad y dignidad de la Atención Primaria de salud:

Incremento de los presupuestos destinados a la Atención Primaria, como se ha hecho con los del Hospital. Adecuar el número y recursos materiales y plantillas a las necesidades de salud, las características de cada población y zona, funciones objetivos y actividades. Una gestión más profesionalizada con aplanamiento de la pirámide de decisión. Una organización en función de las necesidades, demandas y características específicas de cada zona, dentro de un modelo general básico. Movilidad de personal sanitario voluntaria, que depende de la zona geográfica y de sus necesidades, que pueden ser en ciertos casos, serias o hasta graves, para conseguir equipos más armónicos. Recientemente en España ha sido mejorada la gestión clínica, siendo realidad instalada una Base de Datos, respecto a las historias clínicas y modelo de recetas y su impresión. Este hecho ha incrementado la gratificación del personal sanitario y de los pacientes de Atención Primaria. Informatización que asegura la confidencialidad de los pacientes y el secreto profesional. Establecimiento de Áreas administrativas específicas y prominentes, solo las necesarias, con adecuación de funciones, para la atención de pacientes y ratio por médico. Atención al número de profesionales sanitarios, enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería por funciones y responsabilidades, su formación continuada y necesidades. Aprovechamiento de tecnología diagnóstica y terapéutica, para un diagnóstico basado en la evidencia científica y tecnológica, en la experiencia clínica y en el saber fundamentado en el estudio del avance científico. Establecer Programas de formación continuada dentro del horario laboral. Promover la investigación epidemiológica y clínica en Atención Primaria, para favorecer la efectividad clínica, la gratificación en el trabajo, el saber clínico y teórico-experimental en beneficio del Sistema de Salud Pública. Programas para incentivar los logros científicos y de las necesidades sanitarias. Mejorar los Servicios Sociales y su coordinación con el Sistema Sanitario. Control de las condiciones de trabajo para su mejora, organización, limpieza, orden y discernimiento de sus necesidades. Implicar a la población para la toma de decisiones, mayor responsabilidad y uso racional de los Servicios de la Sanidad Pública. Disponibilidad del Libro de Reclamaciones y Buzón de sugerencias ya existentes, para posibles mejoras e innovaciones.

REFERÊNCIAS

- Albrecht T. et al. Health care systems in transition: Slovenia. European Observatory in Health Care Systems. The European Observatory on Health Care Systems and WHO. vol 4, (2), 2002
- Bando Casado H.C. La promoción integral de la salud: un reto de futuro. GlaxoSmithKine, 2002.
- Bentes M., Dias C.M., Sakellarides C. and Bankauskaite V. Health Care Systems in Transition: Portugal. European Observatory on Health Systems Policies. vol 6, No 1, WHO 2004.
- Boaden R., Dusheiko M., Gravelle H., Parker S. et al., Evercare Evaluation Interim Report: implications for supporting people with long-term conditions. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre, 2005.
- Brouwer W. van Exel J., Hermans B. Stop A. Should I stay or should I go? Waiting lists and cross-border care in the Netherlands. Health Policy, 63 (3), 2003.
- Busse R. Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. A Gordian solution to the adverse selection of chronically ill people in competitive markets? Health Affairs, 23 (3), 56-67, 2004.
- Busse R. and Riesberg A. Health care system in transition – Germany. Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2004.
- Enthoven A.C. What can Europeans learn from Americans? Health care Finance Review, December 49-63, 1989
- Enthoven A.C. and Singer S.J. The Manager Care Backlash: Unrealistic expectations born of defective institutions. J. Health Polit. Polic. Law, 25 (5), 1999.
- European Environment Agency. Published by: EEA (European Environment Agency) OPOCE (Office for Official Publications of the European Communities), 2005.
- Figueras J., McKee M., Cain J., and Lessorf S. Health care system transition: learning from experience. The Observatory on Health Care System Series. 2004.
- Freeman R. Competition in context: the politics of health care reform in Europe. Internat. J. Qual. Health Care, 10 (5), 1998.
- González Barón M. y Casado Sáenz E. Cáncer y Medio Ambiente. Editorial Noesis S.L., Madrid 1997.
- Hillman K. Restructuring Hospital Services. Med. J. Australia, 169 (5), 239 y siguientes, 1998.
- Levett R., Christie I., Jacobs M. Therivel R.A. A better choice of choice: quality of life. Consumption and Economic Growth. London, Fabian Society, 2003.
- Light D.W. and Walley T. A framework for containing cost fairly. In: Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality. Mossialos E., Mrazek M. and Walley T. (ed.) Edited by European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, Berkshire, U.K. Chapter 21, 346-358, 2004.
- Making decisions on Public Health: a review of eight countries. Edited by: S. Allin, E. Mossialos, M. McKee and W. Holland. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization 2004.

McKee M. and Healy J. Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press, Buckingham, U.K. and Philadelphia, USA, Copyright WHO 2002.

McKee M and Nolte E. Responding to the challenge of chronic disease: ideas from Europe. Clin. Med., 4, 336-342, 2004.

McKee M., MacLehose L. and Nolte E. Health policy and European Union enlargement. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, Berkshire, England 2004.

Mossialos E., Dixon A., Figueras J. and Kulzin J. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press, Berkshire, England, Copyright WHO 2002.

Mossialos E. and Thomson S. Voluntary health insurance in the European Union. The Observatory on Health Care Systems Series. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2004.

Mossialos E., Mrazek M. and Walley T. Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, Berkshire, England, 2004.

Nolte E. and McKee M. Responding to the challenge of chronic diseases: lessons from England? Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies. Euro-Observer, vol 7 (2), 1-3, 2005.

REACH: Register, Evaluation and Authorization of Chemicals. Parlamento Europeo. Unión Europea. Bruselas, 2005

Rice T. Should consumer choice be encouraged in health care? J.B. Davis (ed.) En: The Social Economics of Health Care. London, Routledge, 2001.

Riesberg A. Choice in the German health care system. Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies. Euro-Observer, 6 (4), 6-9, 2004.

Saltman R.B., Busse R. and Mossialos E. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. European Observatory on Health Care Systems Series. 2002

Saltman R.B., Busse R. and Figueras J. Social Health Insurance Systems in Western Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, Berkshire, England. Copyright WHO 2004.

Schut E., Gresz S. and Wasem J. Consumer price sensitivity and social health insurer choice in Germany and the Netherlands. Inter. J. Health Care Finance Economics, 3, 2003.

Sundhedsstyrelsen Afregning af Fritvalgspatienter (Remuneration of free choice patients). Kobenhavn, Sundhedsstyrelsen, 2002.

Technical Note for the Spending Review 2004 Public Service Agreement 2005-2008. Department of Health, U.K.

Thomson S. and Dixon A. Choices in health care: the European experience. Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies. Euro-Observer, 6 (4), 1-4, 2004.

Thomson S., Dixon A., Bech M., Riesberg A. and Dourgnon P. Choice in health care: the European experience. Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies. Euro-Observer, 6 (4), 1-11, 2004.

United Health Europe. Assessment of the Evercare Programme in England 2003-2004. London: United Health, 2005.

Vrangbaek K. and Bech M. County level responses to the introduction of DRG rates for extended choice hospital patients in Denmark. *Health Policy*, 67 (1), 2004.

Wilson T., Buck D. and Ham C. Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions? *Brit. Med. J.*, 330, 657-661, 2005.

World Health Organization. *The World Health Report 2000: Health System – Improving Performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.